

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

PIERRE L'ECUYER DE VILLERS

Né le 3 Mai 1897 à Paris.

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Licencié es-Sciences

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU VAGIN
AU COURS DE LA
GESTATION ET DE L'ACCOUCHEMENT

Président de Thèse : M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DOYEN DE LA FACULTÉ : M. ROGER.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance.....
Clinique des maladies des enfants.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile.....
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

MM.
NICOLAS.
CUNEO.
RICHER.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANÇON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.
N...
LECENE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
CARNOT.
Léon BERNARD.
BALHAZARD.
MENÉTRIÉR.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELME.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
DE LAPERSONNE.
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
FAURE.
Auguste BROCA.
VAQUEZ.
SEBILEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI.	DESMAREST.	LARDENNOIS.	RATHERY.
ALGLAVE.	DUVOIR.	LE LORIER.	RETTERER.
BASSET.	FIESSINGER.	LEMIERRE.	RIBIERRE.
BAUDOUIN.	GARNIER.	LEQUEUX.	ROUSSY.
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT.	LEREBoullet.	ROUVIÈRE.
BRANCA.	GRÉGOIRE.	LERI.	SCHWARTZ.
CAMUS.	GUENIOT.	LÉVY-SOLAL.	STRROHL.
CHAMPY.	GUILLAIN.	MATHIEU.	TANON.
CHEVASSU.	HEITZ-BOYER.	METZGER.	TERRIEN.
CHIRAY.	JOYEUX.	MOCQUOT.	TIFFENEAU.
CLERC.	LABBÉ (H.).	MULON.	VILLARET.
DEBRÉ.	LAIGNEL-LAVASTINE.	OKINCZYC.	
	LANGLOIS.	PHILIBERT.	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE,

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Paris;
Officier de la Légion d'Honneur.

Au début de ce travail, nous adressons nos remerciements les plus vifs à M. le Professeur Couvelaire, qui nous a permis d'utiliser les documents de son service à la clinique Baudelocque, où il nous a réservé un accueil particulièrement bienveillant au cours de l'année que nous y avons passée comme externe. Nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider à notre thèse.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS :

Stagiaire :

M. le Professeur Pierre DELBET (Necker, 1915-1916);

Fonctions d'externe :

M. le Docteur BRAULT (Lariboisière, 1916-1917);

M. le Professeur RÉNON (Necker, 1917-1918)

(In memoriam);

M. le Professeur ACHARD (Necker, 1918-1919);

M. le Docteur LOUSTE (Necker, 1919);

M. le Professeur DUVAL (Lariboisière, 1919-1920);

Externe :

M. le Professeur TEISSIER (Claude Bernard, 1920-1921);

M. le Docteur SOUQUES (La Salpêtrière, 1921-1922);

M. le Professeur COUVELAIRE (Baudelocque, 1922-1923);

M. le Docteur BASSET (Cochin, 1923).

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Les kystes du vagin, quoiqu'étant relativement rares, sont en général faciles à reconnaître en clinique. Depuis le premier cas observé, en 1831, par Oakley Henning, et la description détaillée de Huguier en 1847, de nombreux auteurs se sont attachés à l'étude embryologique, anatomo-pathologique et clinique de cette affection.

On observe ces kystes à tout âge, chez les vierges comme chez les multipares. L'influence sur leur développement des modifications nutritives de la gestation, des traumatismes du coït ou de l'accouchement semble problématique.

Ils peuvent siéger en tous les points du vagin, mais on les voit surtout sur la paroi antérieure, à son tiers inférieur, et sur la paroi postérieure, à son tiers supérieur.

En général, ils sont sessiles; mais ils peuvent être pédiculés et remonter jusque dans le ligament large, ce qui a de l'importance au double point de vue de l'embryologie et de la clinique. On a même signalé

[Watts, Boursier et Reboul] un cas de kyste du vagin se continuant avec un kyste du parovaire.

Les kystes du vagin sont habituellement uniques. Dans 20 % des cas cependant, ils sont multiples, soit agglomérés, soit en chapelet parallèle à l'axe du vagin.

Leur volume varie de celui d'un pois à celui d'une grosse orange. Nous verrons au cours de cette étude qu'il nous a été donné d'en observer un particulièrement volumineux, dans le service de M. le Professeur Couvelaire.

Le contenu de ces kystes est dans la règle un liquide opalescent, visqueux, contenant de la mucine. Au microscope, on y décèle quelques globules rouges, quelques rares polynucléaires, et des cellules en dégénérescence provenant de la paroi.

Celle-ci comprend deux couches concentriques; une couche externe, formée de tissu conjonctif fibrillaire avec des fibres élastiques, des fibres musculaires lisses, du tissu adénoïde; une couche interne épithéliale formée en général de cellules cylindriques pouvant porter des cils vibratiles (6 fois sur 52 d'après Poupinel); quelquefois la couche interne est formée de cellules pavimenteuses stratifiées ou cubiques.

C'est surtout la pathogénie et l'embryologie de ces kystes qui ont été discutées par les auteurs. Il convient tout d'abord de faire observer que le terme « kyste du vagin » doit être réservé aux kystes uniques ou de petit nombre pouvant atteindre une grosseur « moyenne ». Ainsi nous n'aurons pas en vue dans cette étude ces toutes petites lacunes grosses comme

des grains de millet, nombreuses et disséminées, et qui relèvent d'une pachyvaginite chronique ou kystique. D'autre part, il faut soigneusement distinguer des kystes du vagin les kystes vulvaires ou hydatiques. Ceci étant posé, on a attribué aux kystes du vagin diverses origines.

La théorie la plus ancienne est celle de Huguier, théorie glandulaire, aujourd'hui abandonnée, car on a reconnu que la muqueuse vaginale ne possède normalement pas de glandes annexées.

Froment admettait que les plis radiés du vagin pouvaient, en s'accolant, arriver à former de véritables cavités closes, points de départ de kystes possibles. Bien que cette théorie ait été défendue en partie par Feurtet dans sa thèse (Paris 1901) elle est également abandonnée aujourd'hui.

Il en est de même de la théorie de l'ectasie lymphatique, histologiquement fausse, ou de celle de la bifidité vaginale avortée de Potherat et Robert (1899).

Nous ne citerons que pour mémoire la théorie de Courty suivant laquelle les kystes vaginaux seraient une sorte de « bourse séreuse » provoquée par les traumatismes du coït, surtout chez les filles publiques, et dont on a pu dire qu'elle n'avait plus qu'un intérêt humoristique...

« Dans l'immense majorité des cas, concluent MM. Léon Bérard et Ch. Dusset (1), c'est la théorie acceptant l'origine embryonnaire des kystes vaginaux,

(1) *Gynécologie et Obstétrique*, 1921, vol. II, p. 88.

qui est seule satisfaisante ». On peut, avec ces auteurs, admettre que les kystes vaginaux sont des débris de l'appareil génital primitif, et leur distinguer une double origine possible : mullérienne, rare; wolffienne, de beaucoup la plus fréquente.

On sait que les canaux de Muller donnent dans la suite de leur développement : en haut l'utérus revêtu d'épithélium prismatique, en bas le vagin revêtu d'épithélium pavimenteux. Au cours de son accroissement, la partie inférieure, bourgeon vaginal plein, peut pousser des prolongements anormaux aberrants qui s'incluent dans la paroi (débris paravaginaux). Que plus tard il se produise une réviviscence de ces débris, cela donnera lieu à des kystes à revêtement épithélial ou à des kystes dermoïdes. Encore une fois ces kystes d'origine mullérienne sont rares.

Les canaux de Wolff disparaissent normalement chez la femme dans leur portion juxta-vaginale, contrairement à ce qui se produit chez certains animaux où cette portion du canal de Wolff est connue sous le nom de canal de Gartner. Or, il arrive que dans certains cas, cette portion du canal de Wolff persiste chez la femme sous forme de débris paravaginaux dont la multiplicité est alors fréquente. Ces débris latéraux émettent des diverticules glandulaires. « Topographiquement, anatomiquement et histologiquement, ce sont eux qui presque toujours sont responsables de l'évolution des kystes vaginaux ».

En somme, sauf dans les cas rares où l'examen histologique décèle un épithélium kystique pavimenteux

montrant l'origine mullérienne, le revêtement kystique est presque toujours cylindrique, unistratifié, parfois à cils vibratiles, et donc, la plupart du temps, d'origine wolffienne.

KYSTES DU VAGIN

DANS

LEUR RAPPORT AVEC LA FONCTION

DE REPRODUCTION

Nous nous proposons spécialement dans cette thèse d'étudier les kystes du vagin au cours de la gestation. A cet effet, nous avons relevé tous les cas de kyste du vagin observés à la Clinique Baudelocque depuis 1909. Sur les registres d'observation depuis cette époque, nous avons noté en tout 15 cas de kyste du vagin.

En 1909 : un cas.

En 1910 : quatre cas.

En 1911 : cinq cas (maximum observé en 1 an).

En 1912 : un cas.

En 1915 : un cas.

En 1916 : un cas.

En 1923 : trois cas qu'il nous a été donné d'observer et qui, par une heureuse fortune, sont de beaucoup les plus intéressants.

La plupart du temps il s'agit de kystes petits ou moyens, atteignant le volume d'une noix ou d'une

mandarine, découverts au hasard de l'exploration obstétricale et n'entraînant aucune complication sérieuse. Tels sont les cas observés de 1909 à 1923 et un des cas de 1923 qui peut être pris pour type habituel.

Dans un cas (1923) il s'agit d'un énorme kyste paravaginal dystocique.

Enfin, dans un dernier cas, il s'agit d'un kyste qui semble avoir été un obstacle à la fécondation, malgré son volume minime.

Nous diviserons donc cette étude en deux parties :

1° Cas habituels.

2° Cas exceptionnels entraînant une dystocie ou apportant une entrave à la fécondation.

CHAPITRE PREMIER

CAS HABITUELS

Nous extrayons des registres d'observations de la Clinique Baudelocque les constatations faites à propos de chacun de ces cas.

ANNÉE 1909.

OBSERVATION N° 4087.

On constate qu'elle (la femme) présente sur la paroi postérieure du vagin, à 3 centimètres environ de l'orifice vulvaire, un kyste du volume d'une noix environ. M. Mouchotte conseille d'attendre l'accouchement avant d'intervenir...

Après l'accouchement, on constate que le kyste a conservé son intégrité.

ANNÉE 1910.

OBSERVATION N° 115.

Il s'agit d'une primipare qui entre au dortoir le 15 décembre 1909 pour un kyste vaginal dont elle a remarqué la présence un an auparavant. Il n'aurait pas augmenté pendant la gestation.

Toucher : Le kyste vaginal, du volume d'une grosse noix, apparaît à la vulve à travers laquelle il fait saillie. Fluctuation très nette. On arrive sur son pédicule assez grêle qui paraît s'insérer sur la paroi postéro-latérale du vagin à 6 ou 7 centimètres environ de la vulve.

On ne note rien de particulier au cours de l'accouchement.

OBSERVATION N° 653.

Primipare de 30 ans. Kyste apparaissant sur le bord libre de la grande lèvre gauche, du volume d'une noix, apparu huit mois avant l'accouchement, douloureux, incisé en ville et s'étant reproduit rapidement, actuellement indolore. On n'intervient pas. L'accouchement se passe sans aucun incident.

OBSERVATION N° 682.

Secondipare de 25 ans, réglée à 18 ans irrégulièrement. Kyste vaginal de la grosseur d'une petite noix, situé sur la paroi latérale droite à 4 centimètres de la vulve. Pédicule allongé, du volume du petit doigt.

Expectation. Aucun incident.

OBSERVATION N° 1760.

Primipare de 38 ans, réglée à 18 ans irrégulièrement. Vue par M. Couvelaire le 2 novembre. Volumineuse tumeur occupant la paroi antérieure du vagin, du volume d'une grosse noix, pas franchement pédiculée, non réductible, faisant saillie à la vulve. Un cathétérisme urétral pratiqué montre l'urètre dévié de haut en bas et d'avant en arrière, passant en avant de la tumeur.

Au passage de la tête fœtale, la tumeur s'aplatit; après l'expulsion, elle reparaît moins volumineuse.

Cette tumeur aurait augmenté rapidement depuis le début de la gestation actuelle.

ANNÉE 1911.

OBSERVATION N° 11.

Multipare de 27 ans, 3^e gestation. Réglée à 15 ans irrégulièrement. Dernières règles du 28 mars au 1^{er} avril 1910. Le 16 novembre 1910, on constate à la consultation la présence d'un kyste. Interrogée à ce sujet, la femme se souvient que c'est au cours de sa seconde gestation, au début de l'année 1904, qu'elle s'aperçut de quelque chose de particulier. Les rapports sexuels, qui jusque là n'avaient jamais été douloureux, furent parfois la cause de douleurs brusques. Un médecin appelé à cette époque tranquillisa la femme. L'accouchement fut normal. La femme ne sait plus si, depuis, le kyste a augmenté ou diminué de volume.

A l'heure actuelle, il existe à la partie antérieure du vagin, à 4-5 centimètres de la vulve, une masse fluctuante du volume d'une mandarine.

Au cours de l'accouchement, pas d'incident.

Au passage de la tête pendant la période d'expulsion, le kyste vaginal n'a subi aucune modification.

OBSERVATION N° 172.

Secondipare de 25 ans, réglée à 13 ans régulièrement. Kyste antérieur de la grosseur d'une noix, hypertrophié pendant la gestation.

L'accouchement a lieu sans aucun incident.

OBSERVATION N° 193.

Primipare, réglée à 13 ans régulièrement. Au toucher, on constate un kyste du vagin, à droite, près du col.

On pratique une basiotripsie à la suite d'un procubitus (le forceps dérâpait).

Aucun incident par suite du kyste.

OBSERVATION N° 1002.

Primipare de 31 ans, réglée à 17 ans régulièrement.
Kyste de la paroi postérieure du vagin.

Aucun incident.

OBSERVATION N° 1007.

Il s'agit ici d'un kyste de la glande de Bartholin gauche. M. le Professeur Pinard conseille de différer l'ablation du kyste et d'attendre l'accouchement. La femme accouche sans incident.

ANNÉE 1912.

OBSERVATION N° 1226.

Secondipare de 32 ans, réglée à 17 ans régulièrement.

Kyste du vagin.

La femme accouche sans incident.

ANNÉE 1915.

OBSERVATION N° 483.

Multipare de 39 ans, 6^e gestation, réglée à 11 ans, régulièrement.

Au toucher, on constate la présence d'un kyste vaginal inséré sur la paroi latérale du vagin, du volume d'une petite mandarine sessile.

L'accouchement a lieu sans incident.

ANNÉE 1923.

OBSERVATION

Mme W..., Palmyre, primipare, 24 ans, métallurgiste.
Procréateur 28 ans, commis-voyageur, bien portant.

Antécédents. — Père vivant bien portant. Mère vivante bien portante, ayant eu 2 enfants.

A marché à 18 mois. Nourrie au sein.

Convulsions à 18 mois.

Bronchite à 7 ans.

Réglée à 14 ans régulièrement, les règles durent 5 jours.

A 16 ans, avant les premiers rapports, à la suite d'un effort, la malade ressent une violente douleur dans l'aîne et le bas-ventre du côté droit, douleur qui dure 3 jours, empêche le port du corset, et se renouvelle à chaque période menstruelle pendant 2 ans. Aussitôt après la constatation de cette première douleur, la femme va voir un médecin qui essaie de pratiquer un toucher vaginal mais n'y parvient pas, la femme étant encore vierge. L'examen au spéculum est également impossible. Cependant, le médecin aurait dit : « prolapsus utérin probable », sans ordonner aucun traitement.

Premiers rapports à 19 ans. Les premiers rapports s'établissent : la femme ressent une douleur qui se reproduit à *chaque coït*. Elle prend des injections pour la première fois à la suite de ces premiers rapports et s'aperçoit alors que la canule bute près de l'orifice vulvaire sur une petite saillie. Cette saillie, dit-elle, était comparable à une bille qu'elle devait parfois rentrer avec le doigt avant de prendre ses injections.

A cause de cela, la femme va voir un médecin à Amiens, en 1920. Ce médecin diagnostique également un prolapsus utérin, avec utérus descendu de 7 centimètres. Il ordonne le port d'un pessaire.

La femme revoit d'autres médecins, à Amiens, qui tous portent le diagnostic de prolapsus utérin.

Enfin elle va consulter à Beauvais, où, pour la première fois, est posé le diagnostic de *kyste du vagin*.

En octobre 1921, Mme W... va consulter le D^r L... pour un début de gestation. Le D^r L... déclare à la femme qu'elle a une rétroversion utérine, mais ne parle pas de kyste du vagin.

Le 2 juin 1923, Mme W... vient consulter à Baude-locque pour la première fois.

Ses dernières règles ont eu lieu du 30 septembre au 5 octobre 1922. Les mouvements actifs ont été perçus à 5 mois $\frac{1}{2}$. A l'entrée dans le service, la gestation est au 8^e mois. La femme vient du refuge de l'avenue du Maine, où elle travaillait assise.

Les derniers rapports ont eu lieu en décembre 1922.

Pendant la gestation : pas de vomissements, pas de pertes blanches, rien d'anormal dans les urines.

A l'examen physique, on note le 2 juin :

Squelette normal.

Peau saine.

Cœur et poumons normaux.

Œdème nul.

Pas de varices.

Seins et abdomen normaux.

Tension de la paroi normale.

Présentation céphalique.

Dos à droite.

Bassin normal.

Bruits du cœur fœtal perçus.

Depuis sa gestation, la femme déclare que « quelque chose » fait saillie à la vulve. On lui trouve un *kyste du vagin* apparaissant à la vulve, remontant presque à la hauteur du doigt dans le vagin. On sonde la femme. La

tumeur reste intacte, du volume d'un œuf. On pratique la ponction du kyste que l'on vide le 2 juin à 11 heures.

Un fragment de la paroi a été pris pour examen histologique. On trouve 3 couches :

1° Epithelium stratifié pavimenteux à 8 ou 10 assises;

2° Chorion fibreux montrant d'assez nombreuses sections vasculaires.

3° Un plan de fascicules musculaires lisses.

L'examen chimique du liquide retiré a montré la présence de mucine et de paralbumine en quantité.

L'examen cyto-bactériologique décèle dans ce liquide la présence de quelques polynucléaires et de quelques globules rouges. Pas de germes.

Le 13 juin, M. le Professeur Couvelaire examine la femme et constate que le kyste s'est reproduit. Sa paroi est encore peu tendue, mais déjà il commence à apparaître à l'extérieur.

On décide d'attendre l'accouchement dans l'expectative.

Le début du travail se fait le 17 juillet à 23 heures.

La dilatation est complète le 18 à 7 heures.

Le kyste du vagin, que l'on distingue à la vulve entre la symphyse pubienne et l'occiput de l'enfant, s'écrase à chaque douleur et ne gêne en rien l'expulsion qui se fait en 50 minutes.

Toutes ces observations se rapportent à des cas que nous appelons « habituels » puisque nous en comptons 13 sur 15 cas au total. Ce sont des cas « moyens », car il s'agit de kystes de volume moyen, gros comme une noix, au plus comme une mandarine (Obs. n° 483 de 1915). Enfin ils ne comportent pas de complication sérieuse au cours de la gestation, du travail ou de l'accouchement. Tout au plus est-on parfois obligé de pra-

tiquer la ponction du kyste, se réservant de pratiquer son ablation après l'accouchement (Observ. de M^{me} W... 1923). Cette dernière observation peut être prise comme prototype de kyste du vagin au cours de la gestation. Indolence absolue : le kyste n'a été douloureux que lors des premiers rapports, grâce à quoi la femme l'a découvert il y a longtemps. Innocuité absolue : aucun trouble n'est signalé pendant la gestation, et, quoique le kyste se soit reproduit rapidement après ponction de la poche, il ne semble gêner en rien le travail ni l'expulsion. Lors du passage de la tête, c'est-à-dire de la plus grosse partie fœtale, le kyste s'aplatit, « s'écrase », mais *ne joue aucunement le rôle d'obstacle*. Il en est ainsi dans toutes les observations de cette catégorie dont la conclusion se répète invariablement : *l'accouchement a lieu sans incident*.

On peut donc dire que ce qui caractérise les cas habituels de kystes du vagin au cours de la gestation, c'est leur *innocuité absolue*. Tout se passe comme s'ils n'existaient pas. Et cependant, certains d'entre eux semblent s'être révélés, ou tout au moins accrus au cours de la gestation. Le fait est signalé dans les observations 401 et 760 de 1910 et 172 de 1911 où l'on note : « aurait augmenté au cours de la gestation », ou bien : « hypertrophié au cours de la gestation ». Il est vrai que d'autres observations comme les n^{os} 40 et 115 de 1910 portent : « Pas d'augmentation pendant la gestation ». Mais il suffit que le fait soit constaté dans quelques cas pour que la question se pose de l'influence de la gestation sur les kystes vaginaux. Plusieurs auteurs

ont émis en la matière des avis différents. On a soutenu qu'il fallait voir là le résultat d'une action gravidique d'ordre mécanique. La compression exercée sur tout le système vasculaire du petit bassin par l'utérus et son contenu, provoquerait une sorte de stase veineuse qui favoriserait l'accumulation du liquide intrakystique, et augmenterait sa tension. Il semble plutôt qu'il faille y voir le résultat d'une action générale sur l'économie, produite par l'état gravidique. Tel est du moins l'avis exprimé par MM. Léon Bérard et Ch. Duret : « C'est bien plutôt l'état gestatif lui-même caractérisé par la suractivité de tous les tissus génitaux ou d'affinité génitale qui agit humoralement sur des enclaves fœtales. »

CHAPITRE SECOND

CAS EXCEPTIONNELS

Parfois, les kystes du vagin acquièrent un volume insolite. C'est alors, et alors seulement qu'ils sont capables de jouer un rôle important au cours de la gestation. Un gros kyste vaginal peut être une gêne à pratiquer le coït, un obstacle à la fécondation et par conséquent un empêchement à toute gestation. Si celle-ci se produit néanmoins, ou si le kyste, minime encore à son début, grossit pendant la gestation, la tumeur se comporte comme une tumeur du petit bassin et le gros kyste vaginal devient une cause de dystocie.

Nous voudrions ici attirer l'attention sur un cas particulier d'énorme kyste paravaginal qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Professeur Couvelaire, à la Maternité Baudelocque. Dans ce cas, le volume excessif du kyste, d'une part, certains caractères cliniques, d'autre part, entraînèrent à une erreur de diagnostic et conduisirent à pratiquer une thérapeutique sinon dangereuse pour la femme, à tout le moins inutile. Il nous a paru intéressant de publier

l'histoire de ce cas et les enseignements qu'il comporte, ou, plus simplement, les conclusions qui s'en dégagent.

(Par comparaison, nous y joindrons l'observation d'un autre cas également exceptionnel de kyste petit ayant, malgré cette petite taille, agit vraisemblablement comme obstacle à la fécondation.)

Voici cette observation :

• ANNÉE 1922.

ACCOUCHEMENT N° 1454.

Primipare, 21 ans, sans profession.

Procréateur, 24 ans, bien portant.

ANTÉCÉDENTS. — Héréditaires : père vivant, bien portant, 49 ans. Mère vivante, bien portante, 45 ans.

Collatéraux : 4 frères et sœurs bien portants.

Personnels : A marché à ? A toujours bien marché. Elevée au sein. Réglée à 13 ans, régulièrement, peu abondamment; durée : 3 jours.

HISTOIRE DE LA GESTATION. — La malade n'a pas eu ses règles depuis le mois d'avril 1922. Ce n'est qu'au mois d'octobre qu'elle se décide à voir un médecin pour avoir la certitude d'une gestation « probable ». *C'est uniquement parce qu'elle n'a plus ses règles et que son ventre a grossi qu'elle consulte. Ni douleurs dans le bas-ventre, ni pesanteur, ni pertes, rien en un mot qui lui ait paru anormal ne l'a déterminée à cette consultation.*

Or, son médecin, au cours de l'examen, constata la présence d'une « tumeur du bassin » coexistant avec un utérus gravide. Il déclara à la malade qu'il croyait qu'il

s'agissait d'un « kyste ». Il conseilla à la femme d'attendre le terme pour accoucher d'abord. Après quoi, elle ferait bien de se faire enlever ce kyste par un chirurgien.

Le 6 novembre, la malade consulte le D^r Champeau qui lui conseille de venir à Baudelocque avant huit jours.

Deux jours après, le matin du 8 novembre 1922, la femme, qui jusque-là n'avait jamais souffert, ressent des douleurs abdominales. Ces douleurs surviennent toutes les dix minutes à peu près. Elle fait alors venir chez elle un médecin qui lui dit qu'elle est en travail. Songeant à ce que lui avait recommandé le D^r Champeau, elle décide aussitôt de venir à la clinique Baudelocque.

Avant son entrée dans le service du Prof^r Couvelaire, elle n'a jamais pris sa température et déclare en arrivant n'avoir pas perdu les eaux. Cependant on lui trouve 38°4 de température rectale, et M. Champeau qui l'avait vue le 6 novembre rapporte qu'elle avait déjà perdu les eaux.

En somme, il s'agit d'une femme qui arrive au 6^e mois de sa gestation, en travail, et qui n'a jamais présenté au cours de cette gestation : ni vomissements graves, ni hémorragies, ni albuminurie.

Elle entre le 9 novembre 1922, à 15 heures, à la salle de travail. Elle est examinée par le chef de clinique, D^r Powilewicz, qui trouve :

Utérus au niveau de l'ombilic.

A l'examen de la vulve, on note que celle-ci est déviée du côté droit. Au toucher vaginal, en arrière et à gauche, on sent une masse fluctuante, *de la grosseur des deux poings*.

Le col est très haut situé, au-dessus de la symphyse. Il offre une dilatation lenticulaire.

Au toucher rectal, on atteint la tumeur *qui semble remonter très haut*.

M. le Professeur Couvelaire examine la femme, et

décide de faire pratiquer une intervention par voie abdominale, le diagnostic de *kyste de l'ovaire* étant le plus vraisemblable.

COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE (D^r Portes et Powilewicz) :

1° Incision médiane sus et sous-ombilicale.

Extériorisation de l'utérus.

Annexes saines. Pas de kyste de l'ovaire.

L'utérus est réduit.

La paroi est fermée en 3 plans : surjet péritonéal au catgut; points en U sur l'aponévrose; crins sur la peau.

2° Incision sur 3 ou 4 centimètres de hauteur sur la face interne de la grande lèvre gauche au point saillant du kyste. Le contenu (aspect de blanc d'œuf) s'écoule. — Quantité approximative : 500 grammes.

Le toucher intra-kystique ne permet pas d'atteindre le fond qui paraît situé sur la base du ligament large gauche.

Aussitôt après, extraction d'un fœtus en siège décomplété.

Délivrance artificielle. Injection intra-utérine.

Le 17 novembre, ablation d'un fil sur 2.

Le 20 novembre, ablation des fils restant.

Le 28 novembre, la malade sort « guérie ».

DISCUSSION

Plusieurs faits sont à remarquer dans cette observation. Tout d'abord, *le volume insolite du kyste*.

La fiche d'observation porte : « Enorme kyste paravaginal ». L'examen du D^r Powilewicz porte : masse de la grosseur des deux poings. A-t-on le droit de qualifier d'énorme un kyste paravaginal de la grosseur

des deux poings ? Sans aucun doute, car c'est là un volume tout à fait exceptionnel pour un de ces kystes. Les traités donnent comme dimensions celles d'un petit pois à une grosse orange. Veit en a signalé un gros comme une tête de fœtus, à titre de curiosité. Il s'agit donc bien en l'espèce d'un énorme kyste paravaginal.

Une deuxième remarque vient aussitôt à l'esprit. *Comment se fait-il qu'un si gros kyste ait pu rester si longtemps inaperçu ?* La femme en effet est allée consulter pour la première fois uniquement parce que ses règles étaient arrêtées. Aucun phénomène n'avait attiré son attention sur sa tumeur vaginale. On peut se demander à ce propos si la gestation n'a pas influé sur le développement du kyste, ainsi que nous l'avons signalé dans le chapitre précédent. Il est remarquable qu'une masse aussi importante n'ait pas été gênante pendant les rapports sexuels et que l'attention de la femme n'ait pas été attirée depuis longtemps de ce côté. Souvent en effet c'est la raison pour laquelle viennent consulter des femmes qui ont un kyste du vagin cependant beaucoup plus petit que celui relaté plus haut. Nous n'en retiendrons pour preuve que l'observation suivante, prise également dans le service de M. le Professeur Couvelaire.

Mme G..., Marie, 46 ans, entre le 23 mars 1923, salle Trélat, lit 57, pour une « tumeur de la vulve ». Dans ses antécédents nous relevons que la malade a présenté en 1908 une ulcération de la grande lèvre droite ayant nécessité une hospitalisation et une intervention sous anesthé-

sie. Il y a 3 ans, en 1920, la femme a vu apparaître au niveau de sa grande lèvre gauche une petite tumeur qui est restée stationnaire pendant près de 2 ans. A l'occasion d'une grande fatigue, la tuméfaction a brusquement augmenté de volume. Cette augmentation fut telle qu'elle empêcha la malade de marcher. Pas de douleurs locales, mais des élancements avec engorgements ganglionnaires au niveau des deux aînes, surtout de l'aîne gauche. Pas d'écoulement purulent. La ponction faite par un médecin n'a donné que du sang.

Au repos, la tumeur a rétrocedé.

Bordet-Wassermann négatif.

A l'entrée dans le service on constate l'existence d'une masse kystique située à la face interne de la partie supérieure de la petite lèvre, *de la grosseur d'une noix*, remontant sur la face interne du vagin. La peau n'a pas contracté d'adhérences avec les plans profonds.

La partie supérieure de la tumeur avoisine l'orifice urétral. Vagin très court et très étroit.

Utérus petit, en arrière et à droite.

On porte le diagnostic de kyste du vagin (canal de Gartner ? Malpighi ?).

M. le Dr Levant décide de ne pas opérer ce kyste, parce qu'il ne menace en rien la vie de la femme et il craint que le kyste remonte haut dans le ligament large et que, par l'intervention, on détermine des phénomènes de pelvicellulite.

Or, dans ce cas, la malade entrerait dans le service pour un kyste *beaucoup plus petit que celui de notre autre malade, mais rendant le coït très difficile et douloureux*. Comme cette femme désirait beaucoup avoir des enfants, elle avait déjà consulté pour sa tumeur vaginale dans l'espoir qu'on pourrait l'en débarrasser.

Ainsi, dans un cas : kyste petit entravant le coït, empêchant vraisemblablement la gestation, tandis que dans l'observation qui nous intéresse il s'agit d'un kyste énorme passé inaperçu, découvert à l'occasion d'une gestation.

Il semble donc qu'il n'y a pas de rapport proportionnel entre le volume d'un kyste vaginal et l'entrave qu'il apporte à la fécondation ou à la gestation. Sans doute, il faut admettre avec la plupart des auteurs qu'en règle générale, plus un kyste est gros et plus il est gênant, mais l'exemple que nous publions -- et sa contre-partie -- montrent qu'il ne saurait y avoir de règle fixe en la matière. *Le volume exceptionnel* du kyste étudié plus haut présente en outre -- et surtout -- cet intérêt *qu'il faut y voir la cause d'une erreur de diagnostic*. Il est classique, pour distinguer les kystes du vagin des kystes de l'ovaire, de chercher si l'on trouve un pédicule ou une zone d'implantation sur la paroi vaginale. Mais quand on n'en trouve pas ? Ici le kyste remontait si haut qu'on ne pouvait arriver à sentir son extrémité supérieure. Il donnait au doigt l'impression de descendre du ligament large et il était si gros que la plus haute autorité du service pensa qu'une telle tumeur liquide ne pouvait être qu'ovarienne. C'est là un point important de cette observation. Sans doute de tels cas sont fort rares, mais il suffit qu'il s'en présente un pour qu'on doive le retenir.

A erreur de diagnostic, erreur de traitement. On fit donc une laparatomie inutile. Elle permit toutefois de faire le diagnostic exact.

Toujours est-il qu'une fois le diagnostic posé avec certitude, la simple ouverture de la poche permit de la vider complètement et l'extraction du siège fut faite avec la plus grande facilité. Le liquide qui s'écoula présentait les caractères habituels du liquide des kystes vaginaux : blanc, filant, ressemblant à du blanc d'œuf. L'examen histo-chimique n'en fut pas pratiqué. En somme, il s'agit d'un cas rare et difficile du point de vue clinique et qui, toujours à ce point de vue, méritait d'être signalé. C'est pourquoi nous nous sommes crus autorisés à publier cette observation.

CONCLUSIONS

I. Les kystes du vagin qu'on observe habituellement au cours de la gestation sont des kystes de grosseur moyenne, se traduisant par peu ou pas de symptômes, n'entraînant aucune complication sérieuse, n'apportant aucun obstacle au travail ni à l'expulsion, ne nécessitant aucune thérapeutique en vue de l'accouchement, sauf, parfois, une simple ponction de la poche.

II. A côté de ces kystes du vagin « habituels », il peut en exister de très gros, atteignant le volume des deux poings. Ces gros kystes peuvent rester latents pendant longtemps et n'être reconnus qu'à l'occasion d'un examen médical au cours d'une gestation.

III. Dans ces cas, le diagnostic entre un très gros kyste du vagin et un kyste de l'ovaire sera très difficile lorsqu'on ne sentira pas de pédicule d'implantation vaginale.

IV. Si la gestation se produit, seul le volume excessif du kyste peut le rendre dystocique et nécessite une intervention au cours du travail. La ponction par voie vaginale sera le traitement d'urgence de choix.

VU : Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

VU :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- POUPINEL. — Des kystes du vagin (*Rev. de Chir.*, 1889, p. 553).
- LAMBERT in CHRISTIAN. — Contrib. à l'étude de la pathologie des kystes du vagin (*Thèse de Lille*, 1906).
- COVA. — Contrib. à l'étude des kystes vaginaux (*Soc. Toscana di ostetr. e ginecol.*, février 1904).
- REBOUL. — *Ann. de gynéc.*, 1889, t. XXII, p. 126.
- BOURSIER. — *Leçons de clin. chirurgicale*, Bordeaux, p. 237.
- WATS. — *Americ. Journ. of obst.*, 1881, t. XIV, p. 471.
- On the follicular origine of some vaginal tumours (*Edimb. méd. and surg. Journal*, 1831, t. XXXV, p. 82).
- Gazette médicale de Paris*, 1835, p. 380.
- SAMSON. — *Gazette médicale de Paris*, 22 avril 1835.
- VIDAL DE CASSIS. — *Revue chirurgicale*, 1840.
- HUGUIER. — Mémoire sur les kystes de la matrice et les kystes folliculaires du vagin (*Soc. de Chirurgie de Paris*, t. I, 1847, p. 41 et suivantes).
- KIWISCH. — *Klinische Vorträge*, 1852, p. 102.
- X. PAULS. — *Preussische med. Zeitung*, 1861, p. 18.
- VEBER. — *Abandlungen ans dem gebiete der precklischen chirurgie*, p. 109.
- GUÉRIN. — *Maladies des organes génitaux de la femme*, 1864, p. 429.

- COUVELAIRE. — Kyste du vagin observé et traité pendant la puerpéralité (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, mars 1903, pp. 166-172, 1 pl., 3 fig.).
- BENOIT C. — Des kystes hydatiques de la cavité pelvienne chez la femme (*Thèse Paris*, 1897).
- H. BLOT. — *Des tumeurs sanguines de la vulve et au vagin pendant la grossesse et l'accouchement*, 1853.
- F. WINCKEL. — Ueber die Cepten des Scheide, insbesondere eine bei Schwangern vorhommende Colpohyperplasia cystica (*Arch. f. Gynæk.*, Bd. II, p. 383).
- VON PREUSCHEN. — Ueber Gystenbildung in der vagina (*Virchow's Archiv.*, 1877, p. 111).
- EUSTACHE. — Mémoires sur les kystes vaginaux (*Archives de toxicologie*, t. V, p. 19).
- THALINGER. — *Thèse Paris*, 1885.
- POUPINÊL. — *Bull. de la Soc. anat. et Rev. de Chir.*, 1889.
- FROMENT. — Kystes du vagin (*Thèse Paris*, 1879).
- COLLARDOT. — Kystes du vagin (*Thèse Paris*, 1881).
- ROBERT. — Kystes du vagin (*Thèse Paris*, 1899).
-

